

خفیہ معلومات کے استعمال کو محدود کرنے کی درخواست

مریض کا آخری نام	پہلا	درمیانی نام
کیس نمبر		
فیسبلٹی	یونٹ	

ہدایات: مریض کو فارم کی کاپی دیں! مریض کے کیس کے ریکارڈ کی ایک (1) نقل تیار کریں۔

معلومات کے اندرونی استعمال پر پابندی کی درخواست

پابندی کی درخواست کی گئی
کون سی معلومات:
فرد (افراد) کی معلومات محدود ہونی چاہیے:
محدود کرنے کی وجہ

میں، جس کا دستخط نیچے ہے، اس کے ذریعے درخواست کرتا/کرتی ہوں کہ میری طبی معلومات/ریکارڈ کے استعمال پر جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے، کو محدود کر دیا جائے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ فیسبلٹی معقول وجہ سے میری درخواست کو مسترد کر سکتی ہے۔

_____ (والد/والدہ/نگران کا دستخط، جہاں درکار ہو)

_____ (مریض کا دستخط)

_____ (جلی حروف میں والد/والدہ/سرپرست کا نام)

_____ (جلی حروف میں مریض کا نام)

(تاریخ)

(تاریخ)

فیسبلٹی کی کارروائی:

_____ درخواست منظور ہوئی۔

_____ درخواست مسترد ہوئی۔ مسترد ہونے کی وجہ:

_____ معلومات کا استعمال مریض کے علاج کی فراہمی کے لیے ضروری ہے۔

_____ دوسری وجہ۔ بیان کریں: _____

_____ (تاریخ)

_____ ڈائریکٹر/اسسٹنٹ ڈائریکٹر